

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

580

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

l'Orchidopexie transcrotale

CHEZ L'ENFANT

par le procédé du Dr Ombredanne

PAR

RENÉ RICCI

Externe des Hôpitaux
Médaille Militaire
Croix de Guerre

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1921

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

580
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

l'Orchidopexie transcrotale

CHEZ L'ENFANT

par le procédé du D^r Ombredanne

PAR

RENÉ RICCI

Externe des Hôpitaux
Médaille Militaire
Croix de Guerre



Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

DUPRE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRÉ
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LÉVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MA SOEUR

Tendresse amicale de son grand frère.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant de présider notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage et externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MERY

MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

INTRODUCTION

Nous avons uniquement pour but, dans ce travail, de rechercher les résultats éloignés de l'orchidopexie transcrotaie par le procédé du D^r Ombredanne.

Notre maître le D^r Veau, dans son service de l'hospice des Enfants Assistés, emploie cette technique depuis le début de l'année 1914. Il nous a paru curieux de savoir ce que devenait, après plusieurs années, le testicule abaissé, car bien souvent nous avons entendu parler de mauvais résultats pour cette opération : mauvais résultat au point de vue opératoire, le testicule se remettant en ectopie peu après son abaissement, au point de vue fonctionnel la glande s'atrophiant peu à peu dans la suite.

Malheureusement ce n'est pas chose facile que de retrouver, après plusieurs années, les malades opérés dans les hôpitaux de Paris. Quelque peine que nous nous soyons donnée pour y arriver, nous n'avons pu avoir de renseignements récents que sur cinquante-cinq d'entre eux, à peine le tiers des opérés.

A QUEL AGE FAUT-IL INTERVENIR ?

Quelques divergences existent entre les chirurgiens au sujet de l'âge auquel doivent être opérés les cryptorchides. Walther donne comme âge le meilleur 8 à 10 ans, Kirmisson indique la puberté, Jala-guier, 10 à 13 ans. Broca ne tient qu'un compte relatif de l'âge : « Je reconnais d'ailleurs, dit-il, que sauf l'existence d'une hernie concomitante grosse et nette, j'opère les ectopies bien moins tôt que les hernies. » Il escompte une descente tardive « descente qui sans doute s'accompagne volontiers d'une hernie et dès lors n'évite pas l'opération mais allonge d'autant plus le cordon et favorise la bonne situation du testicule ». Ombredanne écrit : « Tout enfant déjà propre dont un ou les deux testicules perceptibles en un point quelconque du trajet inguinal, ne peuvent être facilement amenés au fond du scrotum par la main du chirurgien qui l'examine, est un enfant justiciable *sans délai* de l'orchidopexie. »

Nos observations montrent que l'opération a été moins précoce que ne le demande le Dr Ombredanne. Sur 55 revus, nous trouvons :

6 opérés à 6 ans ; 10 opérés à 7 ans ; 7 opérés à 8 ans ; 5 opérés à 9 ans ; 8 opérés à 10 ans ; 5 opérés

à 11 ans ; 8 opérés à 12 ans ; 2 opérés à 13 ans ; 3 opérés à 14 ans ; 1 opéré à 18 ans.

A notre avis, c'est entre 6 et 8 ans — à moins de grosse hernie concomitante ou de complications qui forcent à intervenir beaucoup plus tôt — l'âge le plus favorable. Le testicule n'est pas entré dans la phase active de sa vie et la puberté le trouvera dans les bourses.

On a vu, le fait est indéniable, à l'époque de la puberté, le testicule jusque-là en ectopie inguinale descendre dans les bourses.

Le procédé du Dr Ombredanne permet d'attendre cette éventualité car à l'encontre de la plupart des autres procédés il respecte tous les éléments du cordon, assurant ainsi à un testicule même abaissé tardivement toutes les chances nécessaires à son développement.

Nous avons des opérés beaucoup plus vieux, mais tous sont des enfants sur lesquels nous sommes intervenus dès que nous les avons vus pour la première fois à la consultation.

TECHNIQUE DE L'ORCHIDOPEXIE TRANSCROTALE - SES AVANTAGES

Nous résumerons aussi brièvement que possible le temps opératoire de l'orchidopexie transcrotale que le Dr Ombredanne a décrit dans la *Presse Médicale* du 8 octobre 1910.

Après une ouverture du canal inguinal, on décolle le testicule et ses enveloppes des adhérences qu'ils présentent avec les parties voisines sans ouvrir le canal péritonéo-vaginal. Il faut avoir soin de détruire complètement toutes les formations musculaires dépendant du petit oblique si développées chez l'enfant et qui constituent son crémaster. Ce n'est que lorsque tous les éléments du cordon sont disséqués qu'on ouvre le canal et que l'on fait la cure radicale de la hernie amorcée ou existante. On passe ensuite une anse de catgut dans le fond de la vaginale testiculaire : les deux chefs sont pris dans une pince.

Le temps scrotal va commencer. L'opérateur qui se met toujours à droite du sujet, quel que soit le côté à opérer, place sur le raphé médian du scrotum deux pinces de Kocher qui le saisissent l'un sous la verge, l'autre au point déclive du raphé. Le canal périto-

néo-vaginal contenant le testicule étant rejeté vers l'angle supérieur de la plaie, l'opérateur engage son index gauche dans l'angle inférieur et lentement, sans violence, se creuse un chemin vers le fond des bourses du côté correspondant à l'opération. S'il s'agit d'une ectopie droite, on fait sur le flanc gauche du scrotum, ainsi refoulé par l'index et bien tendu, une incision verticale de 2 cm $1/2$ à 3 cm. Cette incision se prolonge sur la cloison des bourses.

Une pince de Kôcher passée par cette boutonnière de la cloison apparaît dans la plaie inguinale et va saisir les deux chefs de l'anse qu'on a placée sur la vaginale testiculaire dans le temps précédent. En tirant sur cette anse, on amène le testicule à travers la cloison et on le fait sortir par l'incision scrotale.

C'est à ce moment seulement qu'on creuse au testicule et à sa vaginale une logette sous-cutanée.

L'opérateur refoulant le cordon à la partie supérieure de la boutonnière referme la partie inférieure par 2 ou 3 points de catgut. Le point supérieur ne doit pas serrer les éléments du cordon. Il doit être cependant placé assez haut pour empêcher le testicule de repasser par la boutonnière de la cloison.

On dégage l'anse de catgut passée dans la vaginale et on referme le scrotum faisant suivre cette suture de la fermeture du canal inguinal.

Schématiquement on a placé le testicule ectopie juste au-dessous du testicule normal.

Il serait trop long de discuter tous les procédés proposés. Les auteurs qui se contentent d'abaisser le tes-

ticule dans la bourse du côté correspondant — en ne l'y fixant pas ou même en l'y fixant — lui ou le cordon — ont souvent des échecs opératoires parce qu'ils ne donnent pas un soutien suffisamment solide au testicule qui peut alors remonter. Témoin notre observation 38, où le D^r Martin traite par l'orchidopexie transcrotales une enfant dont le testicule, abaissé par le professeur Kirmisson, était remonté progressivement dans le canal inguinal. Cet enfant revu environ 1 an après cette deuxième intervention montre un testicule bien mobile dans le fond des bourses.

Ceux qui fixent la glande par un moyen quelconque en dehors des bourses, emploient une technique bien compliquée.

Le procédé du D^r Ombredanne n'a aucun de ces inconvénients, il est extrêmement simple, d'exécution rapide et il donne au testicule un soutien on ne peut plus solide : la cloison des bourses. Il faudrait, en effet, pour que la glande remontât, que la cloison elle-même se rompît.

Il est un procédé sur lequel nous insisterons davantage, c'est celui du D^r Walther. Après avoir obtenu la descente du testicule suivant la technique que nous venons de décrire, Walther façonne dans le scrotum une loge pour recevoir la glande ; c'est l'œuvre de l'index qui effondre le tissu cellulaire scrotal, y creuse un chenal et distend la peau du scrotum au maximum en s'en coiffant comme d'un gant. Puis et c'est là le temps délicat de la méthode Walther, il attire la cloison du dartos avec deux pinces entre lesquelles il

pratique une ouverture juste suffisante pour glisser le testicule. Il referme ensuite la cloison par quelques points de catgut de façon à bien enserrer le cordon.

Le temps difficile du procédé de Walther réside dans la recherche de la cloison. On va chercher cette dernière en l'abordant par le côté inguinal, c'est-à-dire par en haut ; on est forcément obligé de tâtonner car on va un peu à l'aveugle et on n'arrive à la saisir dans le mors des pinces que difficilement.

Il est au contraire très simple de la trouver avec le procédé Ombredanne : repoussée par l'index, elle vient d'elle-même faire saillie au niveau de l'incision scrotale. En second lieu, on n'est jamais sûr avec la technique de Walther de saisir l'épaisseur entière de la cloison ; cette dernière se compose, en effet, de plusieurs lames (celluleuse, fibreuse, dartos) qui se retrouvent dans chaque bourse. Avec celle d'Ombredanne, on est bien certain d'avoir fait franchir à la glande toute l'épaisseur de la cloison ; ce procédé permet en plus de faire en une seule opération une orchidopexie bilatérale, ce qui est absolument impossible avec le procédé de Walther.

PETITS DETAILS OPERATOIRES CONSTATÉS D'APRÈS NOS OBSERVATIONS

A l'hospice des Enfants assistés, à tous les opéres dont nous rapportons les observations, le D^r Veau a appliqué la technique de l'orchidopexie transcrotale procédé du D^r Ombredanne. Nous indiquerons simplement quelques particularités relevées d'après nos observations.

C'est ainsi qu'au lieu de passer une anse de catgut dans la vaginale, notre maître préfère pour abaisser le testicule, tirer directement sur la glande elle-même en la prenant entre les mors d'une pince. Une seule fois nous avons eu un accident, en tirant fortement nous avons constaté (obs. 43) une rupture de l'albuginée qui heureusement n'eut aucune suite fâcheuse pour le développement ultérieur du testicule.

Un second point nous arrêtera plus longtemps. Alors que le D^r Ombredanne, après avoir incisé le scrotum, fait une nouvelle incision de 2 cm 1/2 à 3 cm. sur le septum des bourses, fait passer le testicule et referme l'orifice par quelques points de catgut, le D^r Veau, lui, fait un tout petit orifice, soit au

bistouri, soit en effondrant le septum avec une pince de Kœcher et, par la minuscule boutonnière ainsi créée, il essaie de faire passer en force le testicule, quitte toutefois lorsqu'il a de grosses difficultés à agir ainsi, à agrandir son orifice et à refermer tout comme dans le procédé du D^r Ombredanne.

Cette technique nous paraît d'exécution plus facile. On n'a plus besoin ainsi d'aller refermer la boutonnière et on ne risque plus de prendre dans ses points les éléments du cordon. D'autre part l'orchidopexie transrotale ayant comme but principal de maintenir le testicule abaissé en se servant de la traction élastique du septum des bourses, moins cette cloison sera traumatisée et plus nous aurons de chances d'obtenir le résultat cherché.

Nous relatons 6 observations (obs. 32, 34, 35, 38, 40, 42) où le D^r Veau a été obligé d'agrandir la boutonnière ou bien de la refermer : une fois il y fut contraint (obs. 38) parce que le testicule était étranglé dans l'orifice créé sur le septum.

Nous avons remarqué aussi que le D^r Veau s'efforçait de reconstituer soigneusement autour du testicule renris en place une tunique vaginale pour conserver à la glande ses propriétés physiologiques qui sont en connexion intime avec la mobilité. Au point de vue anatomique, un testicule qui n'a plus de vaginale semble pouvoir contracter facilement des adhérences avec les parties voisines, perdre ainsi sa mobilité et se trouver par là même dans des conditions plus mauvaises pour se développer. En réalité, au

point de vue clinique, ce détail a une médiocre importance ; peu de temps après l'opération le testicule s'est fabriqué certainement une vaginale. Nous avons l'observation (obs. VI) d'un enfant opéré des deux côtés le même jour, d'un côté la vaginale a été refaite soigneusement, de l'autre, on ne s'en est nullement occupé. Le résultat est excellent des 2 côtés.

Nous avons aussi l'observation (obs. 38) d'un enfant opéré de chaque côté à des dates différentes ; la première fois on a refait une bonne vaginale, la deuxième fois on a négligé de la refaire. Le résultat des deux côtés est également très bon.

Sur nos 55 observations, 17 fois la vaginale n'a pas été refaite (obs. 6, 12, 25, 28, 34, 38, 40, 45, 49, 50, 51).

Quand le testicule s'est logé dans la bourse opposée, il n'est séparé de la peau, d'après le procédé d'Ombredanne, que par la suture et si par hasard un fil était infecté, le testicule se trouverait exposé dans sa vitalité ; c'est pour remédier à ce danger que notre maître refait soigneusement un plan cellulaire au catgut fin entre le testicule recouvert ou non de sa vaginale pariétale et la suture cutanée.

Le Dr Ombredanne opère les deux côtés le même jour ; le Dr Veau préfère opérer chaque côté séparément à quelques mois d'intervalle. Les raisons en sont simples, c'est uniquement afin de voir l'évolution, le développement du premier testicule abaissé. Au point de vue opératoire, la première intervention ne gêne nullement et dans nos huit cas d'ectopie double, ce fait est noté.

Nous ne rapportons l'observation que d'un seul enfant opéré le même jour des deux côtés ; le résultat d'ailleurs est excellent. Nous avons vu notre maître opérer ainsi plusieurs fois, les résultats immédiats ont toujours été parfaits, aussi nous émettrons quelques doutes sur les accidents relatés par d'Halluin dans sa thèse, et consécutifs à une orchidopexie double par le procédé du D^r Ombredanne : « Ne nous souvient-il pas, dit-il, avoir vu notre collègue de garde appelé d'urgence auprès d'un petit malade opéré le matin d'ectopie double et présentant des phénomènes de rétention aiguë d'urine. C'est que les cordons formant fronde avaient retrouvé leur élasticité et étaient venus comprimer la rabine de la verge. »

Nous attribuerons plutôt cet accident à un phénomène réflexe. Nous avons aussi, dans notre observation XXII, un cas de rétention d'urine de 36 heures, sans gravité toutefois.

RÉSULTATS DE L'ORCHIDOPEXIE TRANSCROTALE PROCÉDÉ DU D^r OMBREDANNE

Au congrès de chirurgie de Paris (octobre 1906), à propos du traitement de l'ectopie testiculaire, plusieurs chirurgiens ont apporté des chiffres, résultat de leur technique.

Kirmisson, qui transforme le cordon en une tige rigide en lui créant une gangue solide qui lui sert pour ainsi dire d'attelle, et s'oppose à la réascension du testicule, publie le résultat de 40 opérés qu'il a pu revoir à des dates variables après l'intervention. De ces 40 malades, 25 ont été examinés par le prof. Kirmisson lui-même, 15 ont fourni par lettre des résultats assez précis pour qu'on puisse juger de leur état actuel.

« De ces 40 malades, il en est 16 dont le testicule est situé dans les bourses ; 10 fois, il est resté à la racine des bourses ; 10 fois il est resté au pli de l'aîne. Rarement le testicule a été trouvé aussi développé que celui du côté opposé ; quelquefois il a subi une atrophie manifeste ; deux fois même, il n'a pu être retrouvé ».

Broca qui s'occupe surtout de détruire toutes les brides fibreuses et musculaires qui s'opposent à la descente du testicule dans le scrotum, a opéré 138 malades. Il en a revu 79 au bout de 1 à 6 ans.

Il constate :

31 résultats parfaits.

35 testicules restant hors de l'anneau mais remontant plus ou moins haut dans le scrotum.

13 testicules atrophiés secondairement.

Delagénère, du Mans, traite les cryptorchidies par l'orchidopexie (suture au scrotum) et la funiculopexie (suture de l'aponévrose du grand oblique à la fois à elle-même et au cordon). « Je vous apporte, dit-il, les résultats de 17 cas d'orchidopexie que j'ai pu suivre après l'opération. Dans un cas d'ectopie testiculaire double, un des testicules trop fortement descendu a subi des troubles de nutrition qui ont nécessité son ablation ultérieure. Les 16 autres cas ont donné un résultat définitif. Chez tous le testicule est resté en dehors de l'orifice externe du canal inguinal ; chez quatre opérés, le testicule descendu s'est développé et a atteint le volume du testicule de l'autre côté. Chez les douze autres le testicule est resté sensiblement plus petit et chez deux malades de cette catégorie la glande paraît adhérente à l'orifice externe du canal inguinal. On peut donc résumer ainsi cette statistique.

Sur 17 cas : Résultats parfaits, 4 ; résultats satisfaisants, 10 ; résultats médiocres, 2 ; résultat mauvais, 1. »

Frœlich, de Nancy, dit : « Nous avons pu revoir 8 de nos opérés au moins deux ans après l'intervention. Nous avons constaté deux cas d'atrophie complète de la glande (un des testicules avait été fixé au scrotum, l'autre opéré d'après le procédé de Villemin (fixation du testicule ectopié au testicule opposé). Deux fois les testicules étaient plus petits que leurs congénères. Quatre fois leur volume était normal. Quant à leur position, une fois le testicule était monté dans le pli génito-crural, tout près de l'orifice externe. Cinq fois la glande se trouvait dans la partie moyenne du scrotum et deux fois tout à fait au fond des bourses ».

Rieffel publie, dans la thèse de son élève d'Halluin, les résultats obtenus par la fixation du cordon aux piliers.

Sur 26 cas revus de 6 mois en 6 mois, il constate 16 résultats parfaits, 8 résultats bons, 1 cas d'atrophie dans une ectopie double, 2 *récidives*.

En résumé, nous trouvons que presque tous les échecs chez ces auteurs sont dus à ce que le testicule remonte parce qu'il n'a pas un soutien suffisamment solide.

Nous n'avons pas cet inconvénient avec le procédé d'Ombredanne.

Nous pouvons, désormais, répondre à D'Halluin qui, en citant les observations publiées par André Paris dans sa thèse sur les bons résultats immédiats obtenus au moyen de l'orchidopexie transcrotale d'Ombredanne, écrit : « Sur 13 malades revus, un

seul le fut au bout de 6 mois ; peut-on à des dates si rapprochées, juger de la valeur d'un procédé et n'assistera-t-on pas à une atrophie graduelle de la glande dont les vaisseaux auront été étranglés au niveau de la boutonnière de la cloison ».

Nous avons revu des malades opérés par ce procédé plusieurs années après l'intervention, tous au moins une année après, et nous n'avons pu constater que les bons résultats obtenus.

Le testicule abaissé a augmenté de volume dans presque tous les cas ; nous avons vu plusieurs fois un testicule en apparence atrophié reprendre peu à peu son volume normal après avoir été descendu dans le scrotum.

Nous avons trouvé le testicule abaissé souvent aussi développé que le côté sain, mais en général nous constatons une légère différence tout de même, soit quant au volume, soit quant à la consistance.

Nous avons revu 55 de nos opérés ; dans 8 cas la lésion était bilatérale, ce qui fait 63 orchidopexies.

Une mention spéciale doit être faite de notre observation LV. Il y avait atrophie primitive des deux testicules situés dans la région inguinale. *Pas de hernie*. Le médecin de cet enfant a insisté beaucoup pour qu'on intervienne. Le testicule était très atrophié. L'orchidopexie a été sans résultat. Le testicule est resté à la place où on l'a descendu, mais ne s'est nullement développé. D'ailleurs le D^r Veau a refusé de faire l'autre côté. Ce n'est pas un cas que l'on peut compter comme échec de traitement.

Il nous reste donc 62 cas pour établir notre statistique.

Sur ces 62 cas nous trouvons :

54 résultats parfaits, 87,1 %.

Obs. de I à XLVIII :

7 résultats bons seulement, 11,3 % (testicules sensiblement moins développés mais restant mobiles cependant dans leur bourse).

Obs. XXV (ectopie double, 1 côté légèrement atrophié) XLVIII, XLIX, L, LI, LII, LIII :

1 résultat nul (obs. LIV) 1,6 %.

Nous remarquons de plus, que dans un grand nombre de cas le testicule est pour ainsi dire repassé dans sa bourse respective où il reste bien abaissé et très mobile dans le fond.

Cet abaissement définitif, cette mobilité parfaite a été obtenue grâce à la traction élastique permanente due à l'utilisation de l'élasticité de la cloison des bourses.

La traction du cordon sur le testicule force, en effet, celui-ci à se faire comme un diverticule dans le septum scrotal et à revenir à la place qu'il aurait dû occuper normalement.

Somme toute, chez la très grande majorité de nos opérés, revus de 1 à 6 ans après l'intervention, nous trouvons que les testicules sont bien au fond des bourses et que s'ils sont parfois de volume un peu moindre que celui du testicule normalement abaissé, ils sont mobiles avec leur sensibilité et leur consis-

tance normales et par là même, sans aucun doute, aptes à remplir leurs fonctions.

Ajoutons à cela que la technique employée, bien que paraissant compliquée dans sa description, est d'une exécution simple et rapide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

H. D., 9 ans. Ectopie gauche. Opéré en juin 1919. Grosse hernie, testicule dans le canal, abaissement facile. Revu 2 ans après : le testicule est bien descendu, un peu plus haut que l'autre et de volume un peu inférieur.

OBSERVATION II

B. J., 6 ans. Ectopie droite. Opéré en septembre 1918. Abaissement facile, bonne vaginale.

Revu 3 ans après : le testicule est dans la bourse opposée en arrière et au dessous du testicule normal, d'un volume égal il semble basculé verticalement.

OBSERVATION III

D. G., 11 ans. Ectopie droite. Opéré en février 1917. Petite hernie, abaissement facile, bonne vaginale.

Plus de 2 ans après, la mère nous écrit que son enfant est normal.

OBSERVATION IV

C. R..., 7 ans. Ectopie droite. Opéré en octobre 1916. Petite hernie, abaissement facile.

5 ans après : les testicules sont normaux, de volume égal ; les deux bourses sont habitées.

OBSERVATION V

D. R..., 10 ans. Enfant très arriéré. Ectopie droite. Grosse hernie.

Le testicule est dans le canal, de petit volume. Abaissement difficile ; le cordon tire beaucoup.

Revu 2 ans après. L'intelligence a encore diminué.

Les testicules sont très développés ; le droit légèrement plus petit et plus haut.

OBSERVATION VI

D..., 12 ans. Ectopie double. Opéré en février 16, des deux côtés dans la même séance.

D'un côté, le droit, on a refait une vaginale très soigneusement, de l'autre côté on n'a refait aucune vaginale. 5 mois après il n'y avait aucune différence de volume entre les 2 testicules.

3 ans après, les testicules sont très développés, bourses bien pendantes.

OBSERVATION VII

F. H..., 7 ans. Ectopie droite. Opéré en novembre 1916. Testicule à l'orifice superficiel du canal. Abaissement facile.

Plus de 3 ans-après la mère nous écrit que les 2 testicules sont normaux.

OBSERVATION VIII

A. H..., 10 ans, fils d'un docteur. Ectopie droite, opéré en octobre 16.

Revu 5 ans après : excellent résultat. Aucune différence entre les 2 testicules.

OBSERVATION IX

D. R..., 12 ans, fils d'un docteur. Ectopie droite. Opéré en juin 1916. Bon abaissement, bonne vaginale.

Revu 4 ans après, le testicule est très bas au dessous de l'autre, dans la bourse gauche, de volume un peu inférieur.

OBSERVATION X

M. G..., 10 ans. Ectopie gauche. Opéré en avril 1916.

Revu 18 mois après. Le testicule de bon volume est situé dans sa bourse un peu plus haut que l'autre mais très mobile.

OBSERVATION XI

D. M..., 8 ans. Ectopie gauche. Opéré en janvier 1915. Abaissement facile, bonne vaginale.

Revu 3 ans après. Très bon résultat, le testicule est plus haut placé et en arrière.

OBSERVATION XII

D. H..., 7 ans. Ectopie gauche. Opéré en novembre 1917. Grosse hernie. Le testicule est à l'orifice profond du canal inguinal. Abaissement difficile. Pas de vaginale.

Le médecin nous écrit, 3 ans après, que le testicule gauche est un peu plus petit que le droit mais reste bien abaissé et est très mobile.

OBSERVATION XIII

W. S..., 10 ans. Ectopie gauche. Opéré en novembre 1917. Dissection difficile, mauvaise vaginale.

Revu 2 ans après : les deux testicules sont dans la même bourse, le gauche est un peu plus petit, au dessus et en arrière du droit.

OBSERVATION XIV

H. S..., 8 ans. Ectopie droite. Opéré en octobre 1918. Abaissement facile, bonne vaginale.

Revu 18 mois après pour opération du torticolis : le testicule est normal, dans sa bourse, un peu plus haut que l'autre.

OBSERVATION XV

B. J..., 10 ans. Ectopie droite. Opéré en novembre 1918. Grosse hernie. Abaissement facile. Bonne vaginale. Revu très souvent, tout récemment encore : les deux testicules ont le même volume. Le droit est dans sa bourse un peu plus haut que le gauche.

OBSERVATION XVI

V. J..., 11 ans. Ectopie droite. Opéré en janvier 1920. Abaissement facile.

Revu récemment : Bourses normales, les 2 testicules sont égaux chacun dans sa bourse, le droit un peu plus haut.

OBSERVATION XVII

D. H..., 9 ans. Opéré en janvier 1919. Ectopie gauche. Opération très facile, petite hernie.

Revu 18 mois après. Les 2 testicules sont dans la même bourse, de volume presque égal, le gauche au-dessus du droit et en arrière.

OBSERVATION XVIII

B. L..., 12 ans. Ectopie gauche. Opéré en avril 1920. Grosse hernie. Le testicule est à l'orifice superficiel du canal. Abaissement facile.

16 mois après le résultat était excellent : 2 testicules normaux logés dans la même bourse, l'un en arrière de l'autre.

OBSERVATION XIX

Z. R..., 9 ans. Ectopie double. Opéré à droite en juin 17. Opération facile, bon abaissement.

A gauche, en février 1918 : le testicule était plus haut que de l'autre côté. Opération facile et absolument comme si on n'avait rien fait précédemment, le testicule droit était du volume d'une cerise.

Revu 2 ans après la deuxième intervention : chaque testicule

est dans sa bourse, le gauche un peu plus petit et un peu plus haut situé que le droit.

OBSERVATION XX

R. G..., 7 ans. Ectopie gauche. Opéré en janvier 1916. Abaissement facile.

Actuellement, plus de 5 ans après, gros varicocèle à gauche, petit à droite. Les bourses sont très pendantes, les testicules très bas, le gauche à peine plus haut que le droit, de volume sensiblement égal.

OBSERVATION XXI

L. M..., 7 ans. Ectopie gauche. Opéré en octobre 1918. Le testicule est à l'orifice superficiel du canal. Dissection facile. Bonne vaginale. Gros œdème de la verge les jours consécutifs.

Le père nous écrit 2 ans $\frac{1}{2}$ après, que tout est normal.

OBSERVATION XXII

B. H..., 9 ans. Ectopie double. Opéré du côté droit en novembre 1916 : grosse hernie, abaissement facile, du côté gauche en octobre 1920. Le testicule droit est bien abaissé, gros comme une cerise. Opération exactement comme si on n'avait pas opéré précédemment. Le cordon tire beaucoup.

Le médecin nous écrit que les testicules sont bien développés mais l'enfant qui était très arriéré est maintenant à peu près idiot.

OBSERVATION XXIII

G. M..., 12 ans. Ectopie droite. Opéré en septembre 1915.
Canal inguinal complètement fermé, on ne voit rien en sortir.

Section de sa paroi antérieure, c'est alors qu'on trouve le cordon placé dans le canal. Le sac est du volume d'un crayon. Le testicule très petit est à l'orifice profond du canal inguinal. Abaissement facile. Reconstitution d'une bonne vaginale. Pendant la traversée transrotale, hémorragie due à la section d'un varicocèle du cordon à gauche.

Revu 6 ans après. Le testicule gauche est très bas, a le volume d'une amande. Volumineux varicocèle. Le testicule droit est à peine plus haut que le gauche, il a le volume d'une noisette. Sensibilité et consistance normales.

Les deux testicules sont dans la bourse gauche.

OBSERVATION XXIV

H. D..., 8 ans. Ectopie double. Opéré du côté gauche en juillet 1917, du côté droit en mars 21.

Opérations faciles.

Revu 4 ans après la première intervention : le testicule droit est dans la bourse droite encore un peu gros et dur. Le cordon est aussi un peu gros. 2 bons travers de doigt entre l'orifice externe du canal inguinal et le testicule qui a le volume d'une petite noix.

Le gauche est au fond de la bourse gauche, bien mobile, de consistance et de volume normal (toute petite noix).

OBSERVATION XXV

V. R..., 11 ans. Ectopie double, opéré du côté gauche en septembre 1918 : opération facile. Du côté droit en janvier

19 : testicule minuscule. Très grosse difficulté pour isoler le sac. On ne s'est pas occupé de la vaginale. Cloison beaucoup plus épaisse que d'ordinaire. On n'a pas vu l'autre testicule.

Revu 2 ans après : dans la bourse droite on sent le testicule droit de consistance et de volume normal (petite noix) ; dans la bourse gauche on sent le testicule nettement plus petit mais bien mobile, très bas situé, de consistance un peu molle.

OBSERVATION XXVI

M. L..., 10 ans. Ectopie double. Opéré la première fois en mai 19, la 2^e fois en mars 20.

Première opération à gauche : testicule très haut dans l'intérieur du canal. Abaissement laborieux ; le cordon tire beaucoup. Deuxième opération à droite : Bonne cloison malgré l'intervention précédente. Passage très laborieux du testicule au travers d'un tout petit orifice. Le cordon est d'une tension extrême.

Le Dr Porcher qui a revu l'enfant récemment, nous écrit : « Le testicule droit est descendu et parfaitement normal comme volume, consistance et connexion. Le testicule gauche est légèrement plus petit et plus mou mais il a parfaitement migré comme le droit dans le scrotum où il reste libre et non adhérent ».

OBSERVATION XXVII

L. P..., 12 ans. Ectopie droite. Opéré en octobre 1915, le testicule peu volumineux est à l'entrée du canal inguinal. Canal vagino-péritonéal très réduit.

Revu 6 ans après : le testicule droit abaissé est maintenant dans la bourse droite, de volume et de consistance normale, semblable à l'autre, très mobile dans le fond de sa bourse.

OBSERVATION XXVIII

B. L., 10 ans. Ectopie gauche, Opéré en janvier 1918. Dissection laborieuse du canal. Vaginale incomplète.

Revu 3 ans $\frac{1}{2}$ après : Le testicule gauche est maintenant dans la bourse gauche de même volume (petite noix) que le droit, mais de consistance un peu plus dure.

Le cordon est bien libre et bien souple.

OBSERVATION XXIX

V. M..., 12 ans. Opéré en novembre 1920 d'appendicite et d'ectopie gauche. Avait déjà été opéré d'hypospadias et d'ectopie droite par le D^r Ombredanne.

Le testicule est à l'orifice superficiel. Quelques difficultés pour reconnaître le raphé qui n'existe pas. Bonne cloison. Difficultés pour passer le testicule.

Revu un an après : les 2 testicules occupent le fond des bourses ; ils sont très mobiles, gros comme une noisette et de consistance normale.

OBSERVATION XXX

P. V..., 14 ans. Ectopie droite. Grosse hernie. Opéré en janvier 1915.

Revu 6 ans après, pendant une permission, étant actuellement caporal dans un régiment d'infanterie : Le testicule droit abaissé dans la bourse gauche est encore dans la bourse gauche, il est de même volume (grosse noix) de même consistance que l'autre, sur le même plan que lui. La bourse droite paraît complètement aplatie, le raphé est très dévié vers la droite.

OBSERVATION XXXI

C. R..., 8 ans. Ectopie droite. Opéré en octobre 1917.

Bon abaissement de la glande. En sectionnant la cloison, un vaisseau saigne qu'on est obligé de lier. Orifice de la cloison trop grand. On le rétrécit par 2 fils.

Revu en janvier 1918. Raphé peu dévié, la bourse droite semble déshabillée, la gauche bien remplie. Le testicule gauche est refoulé en haut par la masse du testicule droit qui est beaucoup plus bas. Le testicule droit est sensiblement plus gros que le gauche ; il semble qu'il y ait du liquide dans la vaginale.

Revu en juin 1921, 2 ans $\frac{1}{2}$ après : Le testicule droit abaissé dans la bourse gauche est bien au fond de cette bourse, de même volume, de même consistance, mais de forme un peu plus allongée que l'autre situé un peu au-dessus.

OBSERVATION XXXII

C. R..., 14 ans. Ectopie droite. Opéré en janvier 1915, le testicule petit, était très haut jusque dans l'abdomen.

Bonne vaginale. La section de la cloison a été très laborieuse car celle-ci était très épaisse. Le testicule s'est bien abaissé mais tirait fortement.

Revue 6 ans $\frac{1}{2}$ après : le testicule droit qui a été abaissé est encore dans la bourse droite, repoussant en haut le testicule normal. Ils sont tous deux de même volume et de même consistance. Le Raphé est fortement dévié du côté droit.

OBSERVATION XXXIII

L... C..., 13 ans. Ectopie droite. Opéré en septembre 1916. Le testicule sain est énorme (une bonne noix). On sent

le testicule ectopié dans le canal. Très grosse difficulté pour séparer le cordon du péritoine. Création d'un tout petit orifice dans la cloison très épaisse. L'orifice est trop petit, on est obligé de l'agrandir avec le ciseau et de le refermer par deux points après le passage du testicule.

Vaginale refaite soigneusement.

Revu 5 ans après : le testicule droit abaissé est dans la bourse gauche. Il est gros comme une bonne noix, de consistance normale, semblant rejeté contre la cloison par le testicule sain, énorme (petit œuf de poule), qui est sur le même plan, le débordant en bas.

OBSERVATION XXXIV

Ar. A..., 13 ans. Ectopie gauche. Opéré en mai 1917. Le testicule très petit est à l'entrée du canal. Pas de sac de hernie. La cloison intertesticulaire est très mince. L'orifice par lequel passe le cordon a été diminué par deux points. Vaginale pas refaite.

Revu 4 ans après : le testicule gauche abaissé est maintenant dans la bourse gauche, gros comme un œuf de pigeon de même volume et de même consistance que l'autre qui est dans la bourse droite, mais le Raphé est fortement dévié vers la gauche.

OBSERVATION XXXV

S. A..., 7 ans. Ectopie gauche. Opéré en octobre 1917. Bon abaissement, passage facile. On a été obligé de rétrécir l'orifice de la cloison par un fil. Très bon maintien.

Revu 4 ans environ après : le testicule gauche abaissé est dans la bourse droite, gros comme une bille, de même volume et de même consistance que le droit situé un peu au-dessus de lui.

OBSERVATION XXXVI

B. G..., 8 ans. Ectopie droite. Opéré en mars 1918. Bonne vaginale. Forte tension du cordon.

Revu 3 ans après : les deux testicules du volume d'une noisette sont situés sur le même plan dans le fond de la bourse gauche, où ils sont très mobiles.

OBSERVATION XXXVII

L. P..., 8 ans. Ectopie gauche. Opéré par notre maître, le D^r Martin, en septembre 1919.

Cet enfant avait déjà été opéré de ce côté par le prof. Kirmisson. Le testicule qui avait été fixé est remonté progressivement et est trouvé au-dessus de l'orifice superficiel du canal inguinal. Libération du cordon assez difficile au milieu des tissus cicatriciels. Fixation transcrotale.

Revu 20 mois après cette dernière intervention : le testicule gauche est logé dans la bourse droite au-dessus du testicule droit. Les deux glandes sont superposées. La glande supérieure gauche a un pédicule de 3 bons travers de doigts au-dessus de l'orifice superficiel du canal inguinal.

La glande droite est légèrement plus petite que la gauche surtout dans sa partie testiculaire. L'épididyme a le volume du côté opposé.

OBSERVATION XXXVIII

C. E..., 14 ans. Ectopie double. Verge atrophiée. Opéré à droite en février 1920 ; à gauche en avril 1920.

1^{re} opération : le testicule est sous la peau loin de l'aponévrose dont il est séparé par une forte couche de graisse. Bon canal vagino-péritonéal. Tout petit orifice de la cloison. Passage diffi-

cile du testicule. Le testicule a fait hernie au travers de l'orifice qu'on a dû agrandir à cause de l'étranglement du testicule. Vaginale très bien reconstituée.

C'est une forme d'ectopie bilatérale que le Dr Veau croyait volontiers, au premier abord, être une atrophie primitive, en raison de l'atrophie de la verge, de la bilatéralité de lésion, de l'état graisseux particulier. Cependant comme il y avait un véritable canal péritonéo-vaginal, notre maître avait bon espoir pour le développement ultérieur du testicule.

2° opération : la bourse gauche est remplie d'une grosse masse (grosse noix), qui est une hydrocèle. On sent le cordon en arrière avec un testicule très appréciable à la partie postéro-inférieure de la masse liquide. Raphé fortement dévié du côté opposé. Opération facile. On n'a pas refait de vaginale étant donné l'hydrocèle du côté opposé. La queue de l'épididyme est œdémateuse avec une hydatide pédiculée et infiltrée. Le testicule a le volume d'une petite noisette ; l'épididyme est plus volumineux que lui.

1 ans après, les deux testicules occupent le fond de chaque bourse. Ils sont de consistance normale, gros comme un œuf de pigeon.

OBSERVATION XXXIX

C. A..., 6 ans. Ectopie droite. Opéré en janvier 1919. Opération facile.

Revu 2 ans $\frac{1}{2}$ après : le testicule droit est dans la bourse droite, il est à la même hauteur et a le même volume que l'autre. En dedans de lui, il y a une petite masse grosse comme un gros grain de blé qui dépend de la queue de l'épididyme.

OBSERVATION XL

H. M..., 6 ans. Ectopie droite. Opéré en juin 1917. Abaissement facile, la vaginale n'a pas été refaite. On a été obligé d'a-

grandir l'orifice créé dans le septum pour pouvoir faire passer le testicule.

4 ans après, les 2 testicules occupent le fond de chaque bourse, ils sont bien développés et très mobiles.

OBSERVATION XLI

L. M..., 6 ans. Ectopie droite, Opéré en août 1919. Un peu de liquide dans le canal péritonéo-vaginal.

Revu 2 ans après : le testicule est d'un volume un peu inférieur à celui du côté opposé. Il est placé dans sa bourse. Le *crémaster* est très développé.

Le testicule gauche est en haut des bourses, mais il peut s'abaisser avec la plus grande facilité.

OBSERVATION XLII

S. E..., 8 ans. Ectopie gauche. Opéré en septembre 1917. Vaginale complète. Cloison très épaisse. Orifice grand. Le testicule est passé facilement, on a dû mettre un point pour le fermer.

Revu le 15 mars 1918 : testicule bien descendu, très mobile. La cloison est fortement déviée.

Revu le 20 juin 1921 : les 2 testicules de même volume (une noix), de même consistance, sont sur le même plan dans la bourse droite.

OBSERVATION XLIII

B. F..., 18 ans. Ectopie droite. Opéré en janvier 1917. Le testicule est gros. En incisant sur les bourses, on a une hémorragie abondante. De grosses veines sont apparentes dans la

cloison. Petit orifice dans cette cloison, très grosses difficultés pour y faire passer le gros testicule. En tirant sur le testicule, on fait une éraillure de l'albuginée : petite hernie grosse comme un petit pois dont on ne s'occupe pas.

Résultat à surveiller : élimination possible du testicule en raison de la rupture de l'albuginée.

Revu le 8 mars 1917 : le testicule est un peu plus haut, très mobile, avec un cordon flottant. La masse du testicule a le volume de la moitié du testicule de l'autre côté. Elle est molle. On sent un épididyme moins développé que de l'autre côté bien que dépassant sensiblement le volume du testicule.

Même sensation subjective quand on presse les deux testicules.

Revu le 26 juillet 1917 : (actuellement mobilisé dans un régiment de chasseurs à pied). Aucune douleur. Grande amélioration subjective. Le testicule est en bonne place, un peu haut ; la cloison à peine déviée de son côté. Le testicule est un peu mou, a la moitié du volume de l'autre. On sent l'épididyme pas très gros.

Nous avons reçu, le 17 juin 1921, soit 4 ans $\frac{1}{2}$ après l'intervention, une lettre du jeune homme installé actuellement à l'étranger nous disant : « L'opération subie n'a donné lieu à aucune suite fâcheuse et mon état actuel est très satisfaisant. Les organes touchés fonctionnent normalement ».

OBSERVATION XLIV

G. G..., 10 ans. Ectopie gauche. Opéré en avril 1919 par le Dr Ombredanne.

Revu le 22 juin à la consultation de chirurgie des Enfants Assistés. Le testicule gauche (côté de l'ectopie) est plus bas que le droit. La cloison est très déviée à gauche. L'autre testicule est dans la bourse opposée.

Le volume des deux testicules est le même.

OBSERVATION XLV

D. A..., 9 ans. Opéré en décembre 1918. Ectopie droite.

En disséquant le cordon, on isole 2 petites masses. l'une grosse comme un grain de chénevis (celle qui a été enlevée), l'autre moitié plus petite. Pour enlever la grosse on a dû déchirer des vaisseaux, l'hémorragie a été notable ; la petite est restée. La vaginale n'a pas été refaite.

Revu un an après ; le malade était venu consulter, se plaignant de douleurs dans la cicatrice inguinale. Le testicule était bien descendu, volumineux, très mobile.

Revu le 20 juillet, soit environ 4 ans $\frac{1}{2}$ après : le testicule droit est maintenant dans la bourse droite, bien abaissé, très mobile, de même volume que l'autre. A gauche on sent un gros varicocèle.

OBSERVATION XLVI

P. C..., 7 ans. Ectopie double. Opéré en mars 1920 du côté droit.

Revu le 30 juin 1921 où il rentre à l'hôpital pour être opéré du côté gauche.

Le testicule est bien descendu, le raphé est à peine dévié de son côté ; on sent au-dessous de lui une masse dure qui doit être un reliquat du canal vagino-péritonéal. Le testicule semble à cheval sur la cloison.

OBSERVATION XLVI

R. B..., 6 ans. Ectopie double.

A gauche, hernie, le testicule se sent facilement.

A droite, pas de hernie, le testicule est plus difficilement appréciable.

18 mois après : Le testicule gauche est très développé, il est dans la bourse droite.

Deuxième intervention, le 1^{er} juillet 1921, sur le côté droit. Le testicule est réduit à une petite masse molle avec un épiddyme plus volumineux. Le tout est logé dans l'intérieur du canal inguinal. Pas de sac de hernie. Abaissement assez facile.

La perforation et la traversée de la cloison se font comme si on n'était pas intervenu une première fois ; nous avons la conviction que ce testicule abaissé ne se développera pas.

Bon résultat d'un côté. De l'autre côté le résultat nous semble bien compromis.

OBSERVATION XLVIII

D. C..., 11 ans. Ectopie gauche.

Pas de hernie. Le testicule est très haut. Abaissement difficile, le cordon tire beaucoup.

Rétention d'urine de 36 heures.

Un an après, le testicule gauche est dans la bourse droite au dessous de la verge et au-dessus du testicule droit. Il est sensiblement plus petit.

OBSERVATION XLIX

P. R..., 7 ans. Hernie et ectopie gauche. Opéré en octobre 1919. Le testicule est haut situé. Vaginale incomplète.

Cloison très épaisse.

Revu 18 mois après. Le testicule abaissé est dans la bourse droite, nettement plus petit et de consistance plus molle au dessous de l'autre qui est normal, mais il est bien resté en place et est très mobile.

OBSERVATION L

B. A..., 7 ans. Ectopie gauche et hernie.

Vaginale incomplète.

Revu 3 ans après. Le testicule abaissé est dans la bourse droite gros comme une noisette. Il est de même volume mais de consistance beaucoup plus molle que l'autre situé assez haut au-dessus de lui.

OBSERVATION LI

B. R..., 6 ans. Opéré en octobre 1917.

Hernie inguinale droite avec ectopie.

Testicule minuscule. Eléments du cordon très courts.

Vaginale incomplète. Le cordon tire beaucoup.

3 ans $\frac{1}{2}$ après : le testicule droit est dans la bourse gauche, nettement plus petit, de consistance moins dure que l'autre situé très haut au-dessus de lui, remontant même dans la région inguinale, mais que l'on amène facilement au fond des bourses.

OBSERVATION LII

R. C..., 12 ans. Opéré en mai 1920.

Ectopie gauche. Le testicule de moyen développement est à l'orifice superficiel du canal inguinal. *Pas de hernie.*

Revu 1 ans après. Le testicule abaissé est dans la bourse gauche occupant le fond de cette bourse mais de volume nettement inférieur à l'autre, situé assez haut au-dessus de lui. Même consistance.

OBSERVATIN LIII

B. P..., 11 ans. Ectopie droite. Opéré en décembre 1919.
Testicule minuscule. Bonne vaginale.

Traversée pénible, bonne contention.

1 ans après. Le testicule droit est repassé dans sa bourse, mais reste très élevé. Il est gros comme une bille, plus gros et plus dur que le normal.

OBSERVATION LIV

M. M..., 7 ans. Ectopie droite. Opéré en octobre 1918.
Grosse hernie. Bonne vaginale, opération normale.

L'enfant est revu 3 ans après. Le testicule abaissé dans la bourse gauche est minuscule, il se présente sous la forme d'une petite masse molle (lentille).

Le testicule normal situé au-dessus est très petit, mais bien plus gros et plus dur que celui opéré.

L'enfant est chétif, malingre. Très mauvais état général.

OBSERVATION LV

A. F..., 12 ans. Opéré en avril 1916, du côté droit. Atrophie des deux testicules.

Pas de hernie. Bonne vaginale.

3 ans après : le testicule est bas mais reste atrophié. Le D^r Veau refuse d'intervenir sur l'autre côté.

CONCLUSIONS

Le procédé d'Ombredanne (transplantation du testicule dans la bourse opposée) nous semble remplir toutes les conditions thérapeutiques.

Sur 180 opérations, nous avons pu recueillir des résultats éloignés — de un à six ans — pour 62 cas.

Nous constatons :

54 résultats parfaits, 87,1 %.

7 résultats moyens, 11,3 %.

(Testicule sensiblement moins développé, mais très mobile dans la bourse).

1 résultat nul, 1,6 %.

Ces résultats nous paraissent très supérieurs à ceux que donnent les autres procédés et qui ont été publiés au Congrès de Chirurgie de Paris, 1906.

Ils sont à comparer avec ceux qui ont été publiés pour le même procédé d'Ombredanne (Thèse d'André, Paris, 13 observations).

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Congrès de chirurgie, 1906, p. 734-737.
- BECK. — Nouveau procédé d'orchidopexie (*Medical Record*, 12 août 1905).
- BERNIS. — Traitement de l'ectopie testiculaire. — Thèse de Paris, 1894-1895, n° 164.
- BESANÇON. — Etude de l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement. — Thèse de Paris, 1891-1892, n° 231.
- BROCA (A.). — Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire. — Société de pédiatrie, 14 mars 1899 et *Presse Médicale*, 18 mars 1899. — *Bulletin de chirurgie*, 1902, séance du 2 juillet, p. 760.
- DELAGENIÈRE. — Congrès de chirurgie de Paris, 1906, p. 725-727.
- DELBET (Pierre). — *Bulletin de la Société de chirurgie*, juillet 1902, p. 772. — *Journal des Praticiens*, 1910, n° 30, p. 466. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1906.
- DEROUET. — Note sur 4 cas d'ectopie testiculaire traités par le procédé d'Ombredanne. — Société de médecine du Loiret, juin 1911.
- DUPLAY. — Ectopie testiculaire inguinale. — *Presse médicale*, 4 janvier 1899.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, t. VIII.
- FORGUE (F.). — Technique de la cure opératoire de l'ectopie testiculaire. — *Presse médicale*, 10 novembre 1906.
- FRÉLICH. — Congrès Français de Chirurgie, 1906, p. 726-732.

- HALLUIN (D). — Le traitemest de l'ectopie testiculaire inguinale est-il possible sans orchidopexie. — Thèse de Paris, 1911-1912, n° 268.
- JALAGUIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1889, p. 324.
- KIRMISSON. — Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire. — Société de pédiatrie, 14 mars 1899 et *Presse Médicale*, 18 mars 1899. — Congrès de chirurgie de Paris, 1906, p. 199-701.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*, t. X, article de P. Sebileau.
- LE DENTU. — Des anomalies du testicule. — Thèse d'agrégation, 1899.
- LEGENBRE et BROCA. — *Thérapeutique infantile*.
- LENTHEREAU. — Contribution à l'étude du traitement de l'ectopie testiculaire, d'après le procédé de Rieffel. — Thèse de Paris 1906.
- MAUCLAIRE. — Traitement de l'ectopie testiculaire. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1902.
- OMBREDANNE. — Indications et technique de l'orchidopexie transcrotales chez l'enfant. — *Presse Médicale*, 8 octobre 1910.
- PARIS. — De l'orchidopexie transcrotales (procédé du D^r Ombredanne). — Thèse de Prais, 1911-1912, n° 189.
- ROBINEAU. — L'ectopie inguinale du testicule. — *La Clinique*, 27 août 1909.
- SEBILEAU. — De l'orchidopexie. — *Gazette Médicale de Paris*, 1797, p. 37-39. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 juillet 1902.
- SOULIGOUX. — Traitement de l'ectopie testiculaire. — Congrès de chirurgie de Paris, 1906.
- SOULIGOUX et VILLARD. — L'ectopie testiculaire et ses complications. — Rapport présenté au XIX^e Congrès de l'Association française de chirurgie de Paris, octobre 1906.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie*, t. IV.

- TUFFIER. — Société de chirurgie, 6 juin 1888. — *Gazette des hôpitaux*, 29 mars 1890.
- VIELLE. — Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale par l'orchidopexie. — Thèse de Bordeaux, 1910.
- VILLA Y SANZ. — Operation del testiculo ectopio per el procedimiento del Ombredanne. — *El Siglo Medico*, t. LVIII, n° 3.000, 10 juin 1911.
- VILLEMIN. — Orchidopexie du testicule ectopié. — Société de pédiatrie, 24 février 1899 et *Presse Médicale*, 11 mars 1899.
- WALTHER. — Orchidopexie. Société de chirurgie, 11 mars 1903, 16 mars 1904 et 23 mai 1907.
- Un procédé d'orchidopexie. — Académie de Médecine, 23 janvier 1912. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, p. 197.
- Congrès de chirurgie, octobre 1906, p. 759.
-

